

# Onko aika ajanut psykiatrian ja psykoterapian symbioosin ohi?

## Johdanto

Psykoterapia on historiallisesti ja hallinnollisesti monin tavoin kietoutunut psykiatriaan, ja psykiatrinen diagnostiikka hyväksytään varsin pitkälle psykoterapian mittariksi: psykoterapeutin, psykoterapiamuodon ja -tekniikan hyvyys määräytyy kyvystä parantaa psykiatrisia sairauksia. Seuraavassa näkemystä, että psykoterapiaan hakeutumisen syyt ovat psykiatrisia sairauksia, toimintahäiriöitä tai oireita, ja sen myötä psykoterapia sairauden hoitoa, kutsutaan (psykoterapian) *sairaudenhoito-oletukseksi*. Kirjoituksen keskeinen väite on se, että oletus oli esimerkiksi vuonna 1958 Therapie-säätiötä perustettaessa asianmukainen, mutta nykyisellään, psykiatrian ja yhteiskunnan muuttua varsin kyseenalainen.

Sikäli kuin sairaudenhoito-oletuksen kritisointi kuulostaa hämmästyttävältä, taustalla lienee kaksi seikkaa. Ensinnäkin oletus turvaa kohtalaisen hyvin psykoterapeutti- ja lääkärinkunnan, Kelan, Sosiaali- ja terveysministeriön, sekä psykoterapia-asiakkaiden etuja. Tahot ovat sen suhteen ikään kuin jaetulla mukavuusalueella, ja se on hiljaisesti hyväksytty keskustelun kyseenalaistamattomaksi perusolettamukseksi (Talvitie 2017). Oletuksen kyseenalaistaminen virittää oudon huolen: jos osoittautuisi ettei psykoterapiaa voikaan pitää sairauden hoitoa, voisiko yhteiskunta lopettaa sen tukemisen? Outoa on se, että laajasti käytetyn psykoterapian inhimillinen ja yhteiskunnallinen merkityksellisyys olisi riippuvainen sen sairaudenhoitotuksesta.

Toinen tekijä on intuitio, että psykiatriset diagnoosit viittaavat somaattisten sairauksien kaltaisiin ”mielen sairauksiin”. Sairauden määrittely – pohdinta mikä on sairaus ja mikä taas muu (elämän) ongelma – on (lääketieteen) filosofian alueelle lankeava kysymys. Tällaisessa pohdinnassa kihtiä voi pitää sairauden tyyppiesimerkinä: 1) se aiheuttaa ihmisille *kulttuurista riippumatta* kärsimystä, 2) ihmiskunta on aina kärsinyt siitä (kihdistä on kuvauksia jo muinaisten egyptiläisten sekä Hippokrateen kirjoituksissa), 3) moderni lääketiede on kyennyt osoittamaan sen todelliset syyt, ja 4) kumuloituvan tutkimustiedon myötä sille kehitetään yhä parempia hoitoja. On kuitenkin kysyttävä, ovatko psykoterapiaan hakeutumisen syyt tosiasiaa (”kihtimäisiä”) sairauksia vai ko elämänongelmia.

## Sairaudenhoito-oletus – medikalisaatiosta oikeudenmukaiseen hallintoon ja psykoterapian tulevaisuuteen

Yhteiskuntafilosofisessa mielessä psykoterapian sairaudenhoito-oletus kytkeytyy erityisesti filosofi Michel Foucault'n ja antipsykiatrisen liikkeen esiin nostamaan vaaraan, että psykiatriset diagnoosit päätyvät leimoiksi ja valankäytön välineiksi. Vaaraa havainnollistetaan tavanomaisesti viittaamalla drapetomaniaan (diagnoosi mustaihoisten yhdysvaltalaisorjien karkaamispyrkimykselle), homoseksuaalisuuden 1980-luvulle ulottuneeseen sairausleimaan ja neuvostopsykiatrian ”filosofinen intoksikaatio” -diagnooseihin. Psykoterapian

sairaushoito-oletus herättää kysymyksen medikalisaatiosta – leimaako se tavanomaisia elämänongelmia kohdanneet ihmiset sairaksi?

Sairaushoito-oletus on abstrakti, filosofinen konstruktio, mutta sillä on paljon konkreettisesti elämään vaikuttavia taloudellisia, hallinnollisia ja yhteiskunnallisia ulottuvuuksia. Juridisessa mielessä se lihastuu Kelan kuntoutusetuuksia koskevassa laissa: 11 pykälässä todetaan psykoterapian tukemisen edellyttävän, että hakijalla on ”asianmukaisesti todettu ja diagnosoitu mielenterveydenhäiriö”, ja että psykoterapian on oltava nimenomaan lääketieteellisesti perusteltua.

Ylipäätään sairauksien rajoja koskevien linjanvetojen käytännön vaikutukset syntyvät siitä, että diagnoosit ovat olennaisessa roolissa erilaisissa hallinnollisissa prosesseissa: diagnoosin myötä voi saada eläkkeen tai korvauksen, se voi rajata toimimista tietyssä ammatissa tai tehtävässä, ja se voi oikeuttaa poissaoloon työstä tai vapauttaa oikeudellisesta vastuusta. Psykiatrian ja ylipäätään lääketieteen diagnostiikka kytkeytyy siis laajasti erilaisiin etuisuuksiin ja yhteiskunnalliseen oikeudenmukaisuuteen, eikä siten ole millään muotoa vain psykoterapiaan liittyvä kysymys.

*Helsingin Sanomien* hiljattainen uutinen olkoon esimerkki sairaushoito-oletuksen hallinnollisista heijastumista yksilön elämään: Tiettyjen vakuutusten kohdalla vakuutuksen ottajan edellytetään antavan itsestään niin sanotun terveystieteen selvityksen. Selvitys kattaa myös mielen terveyden. ”Kevyetkin” psykiatriset diagnoosit ja jopa yksittäinen psykologi- tai psykoterapiakäynti voi aiheuttaa vakuutuksen epäämiseen jopa eliniäksi. (*Helsingin Sanomat* 27.7. 2018.)

Mitä tulee psykoterapian eri suuntauksiin, vallitseva sairaushoito-oletus määrittää tulevaisuuden psykoterapiakentän: mitä voimakkaammin psykoterapiasuuntaus rakentuu sairaushoito-oletuksen perustalle, sen todennäköisemmin se tulee säilymään ja menestymään.

Seuraavassa sairaushoito-oletusta tarkastellaan kolmen teeman alla: sairauden määrittelyn filosofisluonteiset kysymykset, lääke-

tieteen ”sisäpolitiikkaan” liittyvä psykiatrian biologisuus, sekä psykiatrinen diagnostiikka.

## I Sairauden määrittely

Sairaushoito-oletus nousee psykoterapian historiallisista kytköksistä lääketieteeseen. Lääketieteen näkökulmasta ”puhehoidon” synty paikantuu Philippe Pinelin, Sigmund Freudin ja C. G. Jungin kaltaisiin lääkäriprofession edustajiin. Lääketiede ei ole kiveen hakattu kokonaisuus, vaan monien ilmiöiden (vanhuus, homoseksuaalisuus, raskaus, alkoholismi) ja erityisalojen (esteettinen kirurgia, urheilulääketiede) kohdalla on käyty ja käydään keskustelua lääketieteen rajoista. Psykiatrian pioneerit piirsivät uudelleen lääketieteen rajoja löytäessään uusia sairauksia ja kehittäessään niille hoitomuotoja.

Psykoteraapia on nykyisellään lääketieteen reuna-alueille hieman samaan tapaan kuin esimerkiksi lääketieteelliseen tutkimukseen nojautuvien ruokavalio-ohjeiden noudattaminen: psykoterapian taustalla on lääketieteellistä tutkimusta, mutta siihen hakeutuminen ei (varakkaalla henkilöllä) edellytä lääkärin lähetystä ja diagnooseja. Vuoden 2006 konsensuslauselmassakin todetaan, että psykoterapialla hoidetaan henkilöitä, ”joilla on psyykinen häiriö tai psykoterapian keinoin autettavissa oleva muu ongelma.” (Duodecim 2006, 4; kursivointi VT) Mutta mihin ”muu ongelma” viittaa?

On tärkeä huomata, että psykoterapiaa voi pitää hoitomuotona pitämättä sitä kuitenkaan lääketieteellisenä hoitona – on myös lastenhoitoa, puutarhanhoitoa ja lainanhoitoa. Esimerkiksi Francis (2013a) sekä Wampold ja Imel (2015) osoittavatkin, että historiallisessa katsannossa psykoterapian voi hahmottaa paitsi lääketieteen yhtenä haarautumana, myös elämänongelmiin keskittyvänä sosiaalisena hoitotraditiona. Kun psykoterapian hakeutumisen syyt mieltää sairauksien sijasta elämänongelmina, psykoterapia näyttyy keskusteluasetelmana, jossa psykoterapeutin edeltäjiä ovat kylänvanhimmat, antiikin Kreikan filosofit, shamaanit ja kirkon rippipapit.

Näille psykoterapian kahdelle historialliselle kontekstille on varsin tarkat vastineet tämän

päivän hallinnollisissa rakenteissamme: kysyessämme kuuluuko psykoterapia lääketieteelliseen vai sosiaaliseen hoitotraditioon tulemme samalla kysyneeksi kuuluuko sen hallinnointi terveys- vai sosiaalitoimelle. Kun psykoterapia kohdistuu terveystoimen käsitteellisessä puitteessa yksilön mielessä ja/tai aivoissa olevaan vikaan, sairauteen, sosiaalitoimen puitteessa siinä on kyse muun muassa merkityksenantoon, elämänvaiheisiin ja -tapahtumiin sekä sosiaalisiin rooleihin liittyvistä ongelmista ja kriiseistä. Psykoterapian eksistentiaalisissa suuntauksissa (ks. esim. May, Angel, Ellenberg 1958) psykoterapian katsotaan kohdistuvan *elämänongelmiin*.

Psykoterauttinen työskentely tapahtuu sanan etuliitteen perusteella psykologian alueella. Psykologialle terveystoimi-sosiaalitoimi-jaottelu on sikäli varsin ongelmaton, että tieteenalana sen toinen jalka on luonnontieteissä, ja toinen humanistis-yhteiskunnallisissa tieteissä. Lääketieteen sisäpolitiikkaa käsittelevässä osassa havaitaan, kuinka sairauden-hoito-oletuksen ongelmat liittyvät monin tavoin luonnontiede-humanistinen tiede -jakoon.

### **Psykoteraapiaan hakautumisen kokemukselliset ja lääketieteelliset syyt**

Paikoin psykoterapian on katsottu voivan vaikuttaa somaattisiin oireisiin, mutta nykyiset hoitosuosituksukset rajautuvat psyykkisiin oireisiin. Esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön muistiolounnoksessa *Psykoteraapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa* (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018) psykoterapian (muistiossa puhutaan laajemmin ”psykososiaalisista hoito- ja kuntoutusmenetelmistä”) todetaan vaikuttavan muun muassa masennukseen, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, traumaperäiseen stressihäiriöön, skitsofreniaan sekä persoonallisuus- ja syömishäiriöihin.

Somaattisessa lääketieteessä on luontevaa ajatella, että diagnoosi on potilaan kokeman oireen (lääke)tieteellinen kuvaus: Potilaana emme voi kokemukselliselta pohjalta tietää kihdin syytä, ja sairaus ei (etenkään alku-

vaiheessa) välttämättä edes näyttäydy itsellemme. Lääketiede esittää kokemuksille ja koetuloksille tutkimuksellisesti perusteltuja syitä, selityksiä ja ennusteita. Psykoterapian ja lääketieteen historiallis-hallinnollisen kytköksen myötä tämä logiikka voi näyttää pätevän myös psykiatrin asettamiin diagnooseihin – ne ilmaisevat tieteellisesti psykoterapiaan hakeutumisen syyn aivan kuten kihtidiagnoosi kertoo syyn tietyille oireille (ollen myös peruste suositella tiettyä hoitoa).

Kun Valkonen (2007) tiedusteli 14 masentuneeksi diagnosoidulta psykoterapiaan hakeutumisen syitä, syyt jakautuivat kolmeen kategoriaan: aiemmat elämäkokemukset, ongelmallinen elämäntilanne, ja tyytymättömyys itsen ja elämään. Kun ihmistä pyydetään omin sanoin kertomaan psykoterapiaan hakeutumisen syyt, *ne eivät voi olla olematta elämänongelmia*. Vastaavasti psykiatrin Kansaneläkelaitokselle kirjoittamassa lausunnossa psykoterapiaan hakeutumisen syyt eivät voi olla olematta sairauksia.

Sanojen merkitykset ovat sopimuksenvärisiä asioita, ja periaatteessa ilmiöt voivat kuulua useampaan kategoriaan. Psykoterapian kohdalla sairaus- ja elämänongelma-kategoriat vaikuttavat kuitenkin olevan toisensa poissulkevia: jos jokin on elämänongelma, sen nimittäminen sairaudeksi on medikalisoitua; jos jokin on sairaus, se nimenomaan ei ole tavanomaiseen elämäntilanteeseen kuuluva asia. Psykoterapiaan hakeutumisen syille on siis kaksi varsin tasavertaisesti kilpailevaa selityskategoriaa. Kannan ottaminen ”sairaus vai elämänongelma” -kysymyksenasetteluun edellyttää perehtymistä sairauden määrittelyyn liittyviin (lääketieteen) filosofisiin kysymyksenasetteluihin.

### **Sairauden määrittely lääketieteessä**

Lääketiedettä luonnehtii antiikin Kreikasta juontuva etiikkansa ja tavoitteensa, jonka myötä se ei ole bioteknologiaa ja -taloutta: lääkärin ja lääketieteen kuuluu tarjota apua ja hoitoa nimenomaan lääketieteellisiin ongelmiin (”vikoihin, vammoihin ja sairauksiin”) eikä korjauksia mihin tahansa subjektiivisesti koettuihin,

ajasta ja kulttuurista riippuviin ongelmiin. Sairausten määrittelyä koskevat pohdinnat nousevat tästä asetelmasta.

Sairauksien voi todeta olevan kielteisiä, ei-toivottava tiloja, joita lääketiede pyrkii poistamaan, lievittämään ja korjaamaan. Tämä itseltään selvältä kuulostava luonnehdinta nostattaa tarpeen tarkennuksiin, sillä ”kielteinen tila” ei lainkaan välttämättä ole sairaus: lento- tai koripalloilija voi pitää 187 senttimetrin pituutta ongelmallisena; kunnianhimoinen henkilö voi kokea 10 tunnin unentarpeen siedättömänä; jalkaterän, nenän, pakaroiden, rintojen, peniksen ja hauiksen koon kaltaiset ruumiilliset ominaisuudet ovat kulttuureissa merkittäviä toisistaan poikkeavilla tavoilla. Lääketieteen ei kuulu asettaa kaikkien subjektiivisten ja kulttuuristen tarpeiden ja toiveiden juoksuhenkilöksi.

Lääketieteellisten ongelmien alueen määrittelyssä voi hahmottaa kaksi päälinjaa. Ns. ”naturalistinen” näkemys perustuu Christopher Boorsen 1970-luvun kirjoituksiin. Boorselaisittain tilan mahdollinen sairausluonne määrittyy sen kautta, mikä on biologisesti luonnollista ja tilastollisesti normaalia tietyn ikäryhmän ja sukupuolen ihmiselle. Boorselaisittain lääketieteen sopii siten vaikuttaa pituuteen, painoon ja muistiin sikäli kun se on kyseisen henkilön kohdalla tilastollisen jakauman reuna-alueella. (Reiss & Ankeny 2016.)

Evoluutioteoriaan nojautuva koulukunta puolestaan lähtee siitä, että elimillä ja järjestelmillä on elossa säilymisen ja lisääntymisen kautta määriteltävissä oleva oikea toimintatapa. Sairaus on poikkeavuutta elimen evolutiivisen funktion suhteen. (Reiss & Ankeny 2016.)

Boorselainen ja evoluutioteoreettinen näkökulma eivät määrittele sairautta ja lääkärin toimia aukottomasti. Joka tapauksessa arkielämä harvemmin pakottaa meitä filosofoimaan sairauskäsitteen äärelle: Hakeudumme lääkäriin kun meillä on biologiseksi olettamamme vaiva, jonka suhteen uskomme lääketieteen voivan olla meille hyödyksi. Lääkäri puolestaan katsoo ongelman lankeavan omalle ammatilliselle tontilleen kun se tuottaa kipua, rajoittaa toimintakykyä tai uhkaa lyhentää elämää (kuten elimien ja järjestelmien epätyypilliset

toimintatavat lähes poikkeuksetta tekevät). Rajankäyntiä lääketieteellisen ja muun ongelman välillä käydään esimerkiksi silmäluomen leikkauksen kohdalla: se on sairauden hoitoa jos poimu varjostaa näkökenttää (muussa tapauksessa kyse on esteettisestä kirurgiasta). Psykotrooppeihin, mieleen vaikuttaviin aineisiin liittyvä lääketieteen etiikka tulee lähemmäksi psykoterapian kysymyksenasetteluja.

Psykotroopit jaetaan lääkkeisiin, kahvin ja alkoholin tapaisiin kriminalisoimattomiin nautintoaineisiin, sekä amfetamiinin ja kokaiinin tapaisiin huumausaineisiin. Peter Kramer (1993) lanseerasi kirjassaan *Listening to Prozac* näiden kattokäsitteiden rinnalle termin ”kosmeettinen psykofarmakologia”. Termi viittaa lääkkeeseen, joka sairauden sijasta vaikuttaa hyvinvointiin ja psyykkiseen suorituskyykyyn – esimerkiksi parantaa muistia tai vaikuttaa kielteisiksi koettuihin luonteenpiirteisiin kuten huonoon impulssikontrolliin tai ujouteen (Stein 2008, 11–16). Jos psykoterapian kohde ei ole sairaus, sen rinnastuu kosmeettiseen psykofarmakologiaan (vaikka ilmaisu alkuosa onkin psykoterapian yhteydessä erikoinen).

### Sairausten määrittelystä psykiatriassa

ICD-10-käsikirjan toisen painoksen englanninkielisen versiossa on seuraava, DSM:a seuraava määritelmä: ”The term ‘disorder’ is used throughout the classification, so as to avoid even greater problems inherent in the use of terms such as ‘disease’ and ‘illness’. ‘Disorder’ is not an exact term, but it is used here to imply the existence of a clinically recognizable set of symptoms or behaviour associated in most cases with distress and with interference with personal functions. Social deviance or conflict alone, without personal dysfunction, should not be included in mental disorder as defined here.” (ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, s. 11).

Kansallisesti on huomionarvoista, että maanalaan suomenkielinen versio ei tätä määritelmää sisällä. Joka tapauksessa määritelmä on hyvin minimalistinen, ja sairauden määrittelyn ongelmallisuus on ilmeinen: ”psykkinen häiriö” on epämääräinen termi, mutta psyyk-

kisestä sairaudesta puhuminen olisi vieläkin ongelmallisempaa; häiriö määritellään pelkätään oireiden ja käyttäytymisen perusteella, eikä sen aiheuttaviin seikkoihin oteta kantaa. Elämänongelman ja sairauden rajankäyntiä tehdään toteamuksessa, ettei sosiaalinen poikkeavuus tai ristiriita ole mielenterveyden häiriö, vaan siihen liittyy aina ”personal dysfunction”. Mutta millaisia tarkemmin katsoen ovat psyykkisen sairauden tai häiriön määrittelyyn liittyvät ”greater problems”?

Muun muassa psykotrooppeihin ja esteettiin kirurgiaa liittyy paikoin hankalia linjanvetoja, mutta ylipäätään somaattinen lääketiede pärjää yleensä varsin hyvin sairauden määrittelyyn liittyvien ongelmien kanssa. Psykiatrian kohdalla sairauden määrittelyä koskevat ongelmat ovat sen sijaan perustavanlaatuisia – ei ole selvää, että boorselaiset ja evolutiiviset näkökulmat auttaisivat *lainkaan* määrittelemään psykiatrian erikoisalan sairauksia. Somaattisessa lääketieteessä sovellettujen periaatteiden siirtämisessä psykiatria on kolme periaatteellista hankaluutta.

Ensinnäkin sukupuoleen ja ikään suhteutettu keskimääräisyys tai normaalius on psyykkisten ominaisuuksien kohdalla vähintäänkin riittämätön perusta sairauden määrittelemiselle. Harvinaisen psykologisen ominaisuuden haitallisuus tai hyödyllisyys on nimittäin varsin usein katsojan tai yhteiskunnan silmässä: moni taiteilija on pitänyt melankoliaansa taiteellisen työskentelyn edellytyksenä, ja normaaliuden kriteeri tuo helposti mieleen tasapäistämisen ja (Foucault’n kuvaaman) pyrkimyksen kontrolloida erilaisia vähemmistöjä. Ruumiin elimistä ja järjestelmistä poiketen psykologinen tilasto-harvinaisuus menestyy usein elinympäristönsään oikein hyvin.

Toiseksi evoluutionäkökulma soveltuu kovin huonosti psykologisuuteisiin ilmiöihin: ”Kelppisuus”, pärjääminen ja selviäminen modernin teknologian ja tiedonvälityksen muotoilemassa elinympäristössä vaatii usein sellaisia ominaisuuksia, joilla ei esi-isämme elinympäristössä ollut merkitystä. Toisaalta esimerkiksi aggressiivinen reagointi on evoluution kontekstissa usein selviämistä edesauttava toimintatapa, mutta nykypäivässä se on hel-

posti heikoksi impulssikontrolliksi käsitteellistyvä psykiatrisen ongelma. Evoluutioteorian *biologinen* näkökulma on vähintään riittämätön ja paikoin epäadekvaatti, kun psykiatri pyrkii auttamaan potilaitaan merkityksiin sekä toiminta- ja reaktiotapoihin liittyvissä *sosiaalisissa* ja *psykologisissa* ongelmissa.

Kolmas ongelma liittyy niin ikään biologian sekä käyttäytymis- ja sosiaalitieteiden suhteeseen. Somaattisessa lääketieteessä niin sairauden määrittely kuin erilaisten sairauksien syyt ja hoidot liittyvät fysikaalisiin elimiin (sydän, keuhkot, sukupuolielimet) ja järjestelmiin (verenkierto ja lämmönsäätely). Tätä hahmotustapaa on kuitenkin vaikea siirtää psykiatria: Suositellessaan psykoterapian korvaamista yhteiskunnan tai vakuutusyhtiön varoista psykiatrian erikoislääkärit kirjoittavat yleensä ahdistuksen, häiritsevien ajatusten, alavireisyyden, ja aloitekyvyn puutteen kaltaisiin oireisiin nojautuvia diagnooseja. Mitä ovat elimet ja järjestelmät, joiden toiminnan puutteista tällaiset oireet kertovat? Ensinnäkin tällaiset järjestelmät ovat esimerkiksi sydämeen ja verenkiertoon verrattuna huomattavan hajautuneita, ja toiseksi ne eivät ole puhtaasti biologisia, vaan biologis-, psykologis-sosiaalisia.

Boorselaisessa ja evoluutioteoreettisessa sairauden määrittelyssä on kyse normaaliuden määrittelystä. Kun sairautta, oiretta tai toimintahäiriötä ei voida paikantaa biologiseen järjestelmään tai elimeen, olisi kyettävä määrittelemään toiminta- tai kokemistavan normaalius. Kognitiot pois lukien ihmislajin kulttuurista riippumattoman ”normaalin” määrittelemineen on kuitenkin psyykkisten ominaisuuksien kohdalla vaikeaa (ks. esim. Horwitz & Wakefield 2007). Lääketieteen, filosofian ja lääkärin käytännön auttamistehtävän jännitekentässä psykiatrisen sairauden määrittely on osoittautunut ongelmalliseksi (ks. esim. Bolton 2013; Kendler 2016; Kinghorn 2013).

## II Psykiatrian biologisuus ja ”lääketieteen sisäpolitiikka”

Niin julkisessa keskustelussa kuin psykiatrian ja psykoterapian tieteellisissä julkaisuissakin puhutaan jatkuvasti psyykkisistä ja psykiatri-

sista sairauksista. Useimmiten ilmaisua ei jäädä tarkemmin pohtimaan, mutta joka tapauksessa psy-etuliite viittaa siihen, että sairauden tai sen syyn ajatellaan olevan jollain tapaa ei-materiaalinen. ICD- ja DSM-systeemit suhtautuvat ekumeenisesti sairauden/toimintahäiriön syihin, ja voisi kuvitella, ettei ongelman syyllä ole merkitystä tilan sairausluonteen suhteen – oli pa tila/ongelma sairaus tai ei, tutkijat joka tapauksessa pyrkivät löytämään sen syyn jotta voitaisiin kehittää parempia hoitoja. Lääketieteen sisältä katsoen ajatus ei-biologisesta sairaudesta on kuitenkin varsin hankala.

Sikäli kuin psykiatria nojaa sairauden määrittelyssä ja diagnooseissa muuhun kuin biologiaan sen luonnontieteellisyys ohenee, ja sidos ympäröivään kulttuuriin vastaavasti vahvistuu. Tämä avaa oven edellä mainitulle vaaralle ajautua leimaamisen ja yhteiskunnallisen vallankäytön palvelukseen. Psykiatrian on yhteiskunnallisista(kin) syistä tärkeä ylläpitää perusteltua rajaa sairauden ja ei-sairauden välillä, ja biologisiin syihin ankkuroituvat psykiatriset diagnoosit ovat tästä näkökulmasta ikään kuin turvallisempia.

Niin psykiatrian biologisoituminen, psykoterapialta ja muilta hoitomuodoilta edellytettävä näyttöön perustuvaus kuin sen diagnostiikan (seuraavassa osassa tarkasteltava) kehitys onkin hyvä asettaa ikään kuin lääketieteen sisäpolitiikan kontekstiin: psykiatria ei voi lääketieteen sisällä olla kovin pitkälle poikkeustapaus sen enempää sairauden määrittelyn, hoitosuosituksen, tutkimusmenetelmien kuin diagnostiikkana suhteen.

### **Sairaus ”natural kind:ina”**

Filosofian kontekstissa psykiatrian biologisuus tiivistyy kysymykseen, ovatko psykiatriset sairauden/oireet/toimintahäiriöt ”natural kind:eja” (ks. esim. Kincaid & Sullivan 2014). Natural kind suomennetaan tavanomaisesti luonnolliseksi luokaksi tai -lajiksi. Ilmaisuu on kuitenkin hankala käännettävä: kun englanniksi sanotaan ”X on natural kind”, tarkkuutta tavoittelevat suomennos on pitkähäkö ”ilmiöitä luokiteltaessa X kuuluu luokkaan/lajiin, joka voidaan määrittellä luonnontieteellisesti”.

Esimerkiksi aineet voidaan ”luonnollisesti”, luonnontieteen pohjalta jakaa 118:n alkuaineeseen, ja eläimet puolestaan nisäkkäisiin, matelijoihin ja niin edelleen.

Ei-luonnontieteellisestä jaottelusta olkoon esimerkkinä amerikkalaisen rytmimusiikin jaottelu rockiin, bluegrassiin, kantriin, bluesiin ja niin edelleen. Tällaisten ei-luonnollisten luokkien jäsenet ovat kulturealisia konstruktioita. Hieman oikoen voidaan sanoa että luonnontieteet tutkivat natural kindeja, ja humanistiset tieteet kulturealisia konstruktioita. Psykologian käsitteistö koostuu lähes poikkeuksetta konstruktioista (Talvitie 2016), ja tässä kohden psykologian ja psykiatrian välillä on keskeinen ero: Kenneth Kendler – yksi maailman siteeratuimmista psykiatrian tutkijoista – toteaa, että psykiatristen diagnoosien luonnehtiminen psykiatrikunnan kuullen konstruktioiksi on yksinkertaisesti provokaatio (Kendler 2016, 6).

Zachar (2014, 76) esittää natural kind -kysymyksenasettelun merkityksen psykiatrilta seuraavasti: 1900-luvun alussa kemistit havaitsivat protonien määrän vaihtelevan atomin ytimissä, ja tämä myötä voitiin siirtyä luokittelemaan aineita ulkoisten ominaisuuksien sijasta aidon luonnontieteellisiin perustein. Psykiatristen sairauksien biologisen perustan osoittaminen tekisi saman psykiatrilta. Seuraavassa osassa lähemmin käsiteltävät psykiatrian diagnostiikan ongelmat voidaan natural kind -näkökulmasta ilmaista niin, että sairauksien ilmiöihin (oireisiin) nojautuvassa diagnostiikassa lepakot, liito-oravat, linnut ja lentokalat päätyvät samoihin kategorioihin. Yhdysvaltain kansallisen terveysinstituutin (NIMH) vuonna 2008 lanseeraama Research Domain Criteria (RdoC) on DSM:n ja ICD:n ainoa merkittävä haastaja, ja siinä tavoitellaan nimenomaan luonnontieteen pohjalta tapahtuvaa diagnostiikkaa. (ks. esim. Hoffman & Zachar 2017).

### **Biologisoituva psykiatria – sairaudenhoito-oletuksen ratkaisu?**

Psykiatrian biologisoituminen on psykoterapialle, puuehoidolle, hämmentävä kehitys: Psykoterapeutit ovat koulutustensa myötä tottuneet

operoimaan *psykologisilla* teorioilla ja käsitteillä, eikä ole lainkaan selvää missä suhteessa ne ovat *biologiseen* psykiatriaan. Asetelma on filosofisesti erittäin latautunut liittyen muun muassa sellaisiin käsitteisiin kuin mind-body-ongelma, dualismi/materialismi, reduktionismi ja ”konsilienssi”.

Joka tapauksessa biologia on helppo nähdä avaimena niin psykiatristen sairauksien jänteeseen määrittelyyn kuin psykiatrian asemaan lääketieteen sisäpolitiikassa. Vuosituhannen vaihteessa biologinen psykiatria vaikuttikin olevan väistämättömän voittokulun kynnyksellä kun psykiatristen diagnoosien ja erilaisten geneettisten ja neurobiologisten seikkojen välillä osoitettiin yhä uusia yhteyksiä. Tällaisen kehityksen jatkuessa psykoterapian kiistanalainen sairaudenhoito-oletuskin olisi rauennut luonnon(tieteellistä) reittiä: psykiatrisiin sairauksiin olisi löytynyt biologiset syyt ja sen myötä aidosti lääketieteelliset hoidot, ja psyko-sosiaalis-kulturaalisilla ulottuvuuksilla kontaminoituneet (elämän)ongelmat olisivat jääneet psykoterapialle.

On selvää, että psykiatrisin diagnoosein nimetyissä tiloissa on usein *biologinen komponentti*. Kun taas kysytään voidaanko psykiatrisille oireille/sairauksille/toimintahäiriöille esittää *yksittäinen biologinen syy*, tai voidaanko niille antaa (kihdin tapaan) *biologinen selitys*, psykiatrian biologisuus on olennaisesti heiveroisempää. Biologisen psykiatrian kohdalla on syytä luopua takavuosien optimismista, sillä nykykäsityksen mukaan kaikki psykiatriset diagnoosit ovat ainoastaan etiologiasta piittaamattomia oireklustereita, joille ei ole voitu osoittaa (pelkästään) biologista syytä, eikä millekään diagnoosille ole olemassa somaattista markkeria (esimerkiksi laboratoriotestiä, johon perustuen diagnoosin voitaisiin asettaa) (ks. esim. Bluhm 2017, 49; Bolton 2017, 9; Frances 2013b, 96; Poland 2014, 34; Tyrer 2014, 280).

Sikäli kuin tämä luonnehdinta (biologisen psykiatrian nykytilasta vaikuttaa hämmästyttävältä tai epäuskottavalta, kannattaa tutustua esimerkiksi *The Oxford handbook of philosophy of psychiatry:n* (Fulford, Davies, Gipps, Graham, Sadler, Stanghellini, Thornton 2000), kohtalai-

sen tuoreisiin teoksiin *Classifying psychopathology: Mental kinds and natural kinds* (Kincaid & Sullivan 2014) ja *Philosophical issues in psychiatry IV: Classification of psychiatric illness* (Kendler & Parnas 2017), tai *World Psychiatry:n* vuoden 2016 helmikuun teemanumeroon.

Psykiatrian kehityksestä huolimatta diagnoosien ei siis edelleenkään voi ajatella viittavan ”kihtimäisiin” sairauksiin – on ainoastaan kokemuksellisesti-toiminnallisesti ilmeneviä psykiatrisia oireita, joihin biologiset (lääkkeet) ja psykososiaaliset interventiot (puhehoito) moninaisista ja pitkälle hämärän peittoon jääneistä syistä vaikuttavat. Psykiatrian diagnoosien viittauskohteita ei pidetäkään edellä mainituina natural kindaina (esim. Graham 2010, 58; Kingma 2013; Tabb & Schaffnerin 2017, 343). Psykoterapia ei ole nykypsykiatrian yhteydessä armosta vaan siksi, että psykiatrian biologisointipyrkimys on jäänyt epätäydelliseksi – psykologia ja muut ei-luonnontieteelliset näkökulmat eivät ole redusoituneet pois.

Kirjoituksen viimeinen teema, psykiatrian diagnostiikka ja sen muuttuminen, on edeltäviin filosofisiin teemoihin verrattuna kamreerimainen. Diagnostiikka rakentuu sairautta koskevien filosofisten näkemysten ja empiirisen tutkimuksen perustalle, ja psykoterapian sairaanhoito-oletuksessa sillä on mittarin rooli: sen olisi ensinnäkin tunnistettava psykoterapiaan hakeutujan mahdollinen sairaustila, ja toiseksi osoitettava yksittäisen psykoterapiaprosessin tai psykoterapiamuodon mahdollinen hyödyllisyys.

### III Psykiatrisen diagnostiikka ja psykoterapia

Psykiatrian alkuvaiheiden diagnostiikat olivat epäjärjestelmällisiä ja nojautuivat Emil Kraepelinin kaltaisten auktoriteettien näkemyksiin. Alkuvaiheet kestivät yllättävän pitkään, nykyisten diagnostiikkojen – Amerikan Psykiatriyhdistyksen DSM:n (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases), sekä muun muassa Suomessa käytössä oleva Maailman terveysjärjestön ICD:n (International Classification of Diseases) – ensimmäisiin versioihin saakka.

Näiden kahden järjestelmän erot ovat suh-

teellisen vähäisiä. Nykyään ne ohjaavat voimakkaasti psykiatrien ja muiden lääkäreiden työtä, mutta on tärkeä huomata, että ennen 1980-lukua tilanne oli hyvin toisenlainen. (Shorter 2013; Tyrer 2014.)

Koko lääketiedettä koskevan ICD-järjestelmän alkupiste on vuonna 1900 Pariisissa kuolemansyyluetteloinnin tiimoilta pidetty kansainvälinen kongressi. Vuonna 1952 julkaistu ensimmäinen DSM puolestaan nousi Yhdysvaltain puolustusvoimien tarpeista. Se oli seuraajansa, vuonna 1968 julkaistun DSM II:n tavoin lähinnä diagnoosiluettelo, jota lääkärit sovelsivat lukemaansa kliinistä- ja tutkimuskirjallisuutta vasten. Diagnoosien validiteetti olikin heikko, ja psykiatria vaihtamalla sai helposti ”toisen mielipiteen”. DSM-IV:n työryhmän puheenjohtajana toimineen Allen Francesin sanoin kaksi ensimmäistä DSM:ää olivat ”unread, unloved, and unused”, ja sen myötä psykiatriassa vallitsi ”diagnostinen anarkia” (Frances 2013a, 61-63). (Shorter 2013; Tyrer 2014.)

Ensimmäisissä diagnostisissa järjestelmissä ei pureuduttu sairauden määrittelyyn, jolloin psykiatrinen sairaus oli käytännössä kehämäisesti ”se, minkä psykiatri sairaudeksi diagnosoii”. Kun huomioidaan psykiatrian alttius päätyä leimaavien ja muiden ei-hoidollisten pyrkimysten palvelukseen, moinen leväperäisyys on hämmästyttävää – jos ei ole määriteltävikä on sairaustila, kuinka diagnostista järjestelmää voidaan arvioida? Epäkohdassa ei kuitenkaan ole kyse lipsahduksesta tai laiminlyönnistä: Sairauden määrittäminen on lääketieteen filosofiaan lankeava kysymys, joka se on järjestelmällisessä, institutionaalisessa mielessä varsin nuori oppiala. Kun tutkimusteatiikan vakiintuminen määrittellään oppituliin, kongressien ja tieteellisten julkaisujen näkökulmasta, lääketieteen filosofian alku ajoittuu 1970-lukuun, ja psykiatrian filosofian synty niinkin myöhään kuin viime vuosituhanen viimeisiin vuosiin (Marcum 2008, 1–14; Fulford 2000).

Kun diagnostiikassa vallitsi anarkia eivätkä suosittelut hoidot nojautuneet vaikuttavuustutkimukseen, psykiatria oli 1970-luvun lopun Yhdysvalloissa sekä ulko- että sisäpoliittisessa kriisissä: vakuutusyhtiöt alkoivat kyseenalais-

tamaan psykiatriisiin diagnooseihin nojautuvien hoitojen korvauksia, ja psykiatrien ammatillinen asema oli omalla erityisallallaan (suhteessa kilpailuviin sosiaalityöntekijä- ja psykologiprofessioihin) lääketieteen kokonaisuudesta katsoen heikko. DSM:n vuonna 1980 julkaistu kolmas versio nousi tästä historiallisesta tilanteesta – ymmärrettävästi haluttiin jäntevä, somaattista lääketiedettä lähempänä oleva diagnostiikka.

### DSM-työryhmien työskentelystä

Diagnostiikalla on keskeinen, ikään kuin toimeenpaneva asema sairaudenhoito-oletuksessa. Koska sen ”objektiivisuudesta” on ammatillisillakin korkealle virittyneitä käsityksiä, on syytä tarkastella lyhyesti tautiluokitusten versioiden syntyprosessien dynamiikkaa.

DSM-tautiluokituksen uuden version tekee Amerikan Psykiatriyhdistyksen nimeämä työryhmä kuunneltuaan huomattavaa määrää asiantuntijoita ja sidosryhmiä. Prosessia ei pidä rinnastaa tieteen tutkimusprosesseihin koska siihen kytkeytyy erilaisia käytännöllisiä seikkoja kuten diagnostisen systeemin kliininen käytettävyys, sen hyödyllisyys tutkimuksen kannalta, soveltuvuus eri teoreettisiin orientaatioihin, sekä eri tahojen intressejä (Sadler 2009, 56–140). Frances (2013a, 71) jopa katsoo, että DSM III:n, DSM IIIR:n ja DSM IV:n välillä oleiden seitsenvuotisjaksojen aikana tutkimuksessa ei tapahtunut sellaista kehitystä, joka olisi antanut aiheen tautiluokituksen uudelle versiolle.

Työryhmien työskentelyn kulussien takaisesta dynamiikasta on julkaistu useita teoksia (Frances 2013a; Parisin & Phillips [toim.] 2013; Greenberg 2013), ja niiden perusteella työryhmän puheenjohtajilla on työskentelyssä huomattava rooli. Vallankumouksellisen DSM III:n katsotaan heijastaneen pitkälle puheenjohtajansa Robert Spitzerin henkilökohtaisia visioita psykiatriasta. Työskentelyyn osallistunut Frances (2013a, 61–68) kuvaa työryhmätyöskentelyn edenneen niin, että vajaan kymmenen hengen asiantuntijaryhmä lukittiin huoneeseen, Spitzer istui nurkassa kirjaamassa keskustelua, ja huoneesta päästiin ulos vasta kun asiasta oli syntynyt konsensus.



Omalla kohdallaan Frances ihmetteli prosessia, jolla hänet valittiin DSM IV -työryhmän puheenjohtajaksi: ei ollut hakumenettelyä, kilpailua, eikä edes haastattelua – eräänä päivänä Francesia vain kysyttiin tehtävään, ja yön yli nukuttuaan hän lupautui.

DSM IV ja V -työryhmiin kuulunut Kenneth S. Kendler (2017, 390) toteaa, että tautiluokituksiin esitetään muutoksia idealististen, potilaan parhaaseen tähtäävien tavoitteiden ohella myös itsekkäistä syistä: Paikoin muutoksen ajaminen diagnostisiin kategorioihin nousee asiantuntijan halusta laajentaa ja legitimoida omaa erityisalaansa ja lisätä sen painoarvoa. Muutokseen saaminen DSM:n on myös jonkinlainen ammatillinen meriitti.

Diagnostisten systeemien kriteerit vaikuttavat merkittävästi määrättyjen lääkkeiden määriin, ja sen myötä lääketieteellisyys pyrkii hyvin voimakkaasti vaikuttamaan DSM:n uusiin versioihin. Erityisesti viidettä versiota on syytetty enemmän lääketieteellisuuden kuin potilaiden edun ajamisesta koska siihen tuotiin uusia tautiluokkia ja diagnostisia kriteereitä väljennettiin – puhutaan yliidiagnosoinnista ja elämänongelmien medikalisoinnista (ks. esim. Paris & Phillips 2013; Frances 2013a; Whitaker & Cosgrove 2015). Frances (2013a, 288) ei usko DSM V -työryhmässä olleiden kollegojensa syyllistyneen korrupioon, vaan katsoo heidän olleen vain naiiveja lääketieteellisuuden lobbauksen suhteen.

Psykoterapia on nykyään varsin pitkälle samanlaista kuin mitä se oli pioneeriensa Sigmund Freudin, Carl Rogersin ja Aaron Beckin vastaanottohuoneissa. Elämänongelmat, ihmisten spontaanisti ilmaistut syyt terapiaan hakeutumiselle, lienevät niin ikään pitkälti ennallaan. Sairaushoito-oletuksen puitteet ovat kuitenkin muuttuneet radikaalisti niin psykiatrisassa/lääketieteessä kuin yhteiskunnassakin.

### **Sairaushoito-oletuksen muuttuneet puitteet 1: psykiatria**

Sikäli kun pidämme psykiatrisia sairauksia ”kihitimäisinä” olioina, psykiatria näyttyy näitä olioita tutkivana tutkimusalana. Psykiatria ei kuitenkaan ole fysiikan tai tähtitieteen kaltainen,

perusolemukseltaan pysyvä instituutio. Yllä olevat tarkastelut voidaan tiivistää niin, että *nykyinen psykiatria ei yksinkertaisesti ole sama kuin 1980-lukua edeltänyt psykiatria*: diagnostiikka ei vallitse ”anarkia”, vaan diagnostiikka ohjaa voimakkaasti psykiatrien työskentelyä; empiirinen tutkimus, nomoteettinen selittäminen ja havaittaviin oireisiin nojautuva diagnostiikka on korvannut (psykologiset) teoriat, ihmisen kokonaisvaltaisen ymmärtämisen ja idiografin selittämisen; lääketieteen sisäpoliittisten tekijöiden takia psykiatria on biologisoitunut ja se tavoittelee hoitosuosituksissaan muun mediinan tavoin näyttöön perustuvuutta.

Psykiatrian ja psykoterapian yhteistyösuhde on näiden seikkojen myötä muuttunut siten, että psykiatrian rooli on painottunut (diagnostiikan kautta tapahtuvaan) psykoterapian vaikuttavuuden arviointiin ja (lääkärinlausuntojen kautta tapahtuvaan psykoterapian korvattavuuden) kontrollointiin.

Kun psykiatrian diagnostiikan kehitystä tarkastelee nimenomaan psykoterapian näkökulmasta, on todettava, että vaikka Robert Spitzer ja Allen Francis olivat käyneet psykoanalyttikokouluksen, psykoterapian näkökulmat näyttävät jääneen DSM II:n jälkeisissä tautiluokituksissa sivuun. Laajemmin katsottuna ei ehkä kuitenkaan ole syytä ajatella psykiatrian diagnostiikan menneen jollain tapaa harhaan tai pilalle – se on vain muuttunut sellaiseksi, mitä haluamme lääketieteen olevan: potilaina haluamme (somaattiselta) lääketieteeltä jättevää diagnostiikkaa ja näyttöön perustuvia hoitosuosituksia.

Kaiken kaikkiaan psykoterapian sairauksenhoito-oletuksen voidaan sanoa olleen freudilaisen hegemonian väljän ja ”anarkistisen” diagnostiikan kontekstissa kohdallinen, mutta DSM III:n jälkeisessä ajassa se on monella tapaa ongelmallinen. Psykoterapiayhteisö on sopeutunut psykiatrian muutokseen nöyrästi. Se hyväksyi moninaisten intressien pohjalta syntyneen uuden diagnostiikan psykoterapian hyödyllisyyden mittariksi ja ryhtyi kilvoittelemaan uudelleenmäärittäneiden sairauksien parantamisesta. Osa psykoterapeuttikunnasta piti (ja pitää) DSM III:sta alkanutta biologista painotusta psykiatrian harhautumisena varsi-

naisesta tehtävästään. Toisaalta ihastuttavat tutkimustulokset aivojen muuttumisesta psykoterapian aikana (Cozolino 2002) ovat herättäneet myös mielenkiintoa biologista tarkastelutapaa kohtaan.

Psykoterapia ja psykiatria -instituutiot ovat kasvaneet erilleen ilman, että sairaudenhoito-oletuksen perusteiden murentumista olisi varsinaisesti noteerattu. On jäänyt huomaamatta, että keisarilla on uudet vaatteet.

### **Sairaudenhoito-oletuksen muuttuneet puitteet 2: yhteiskunnan ”psykokulttuuri”**

Freudin ja hänen aikalaiskollegojensa vastaanotoilla puhuttiin ongelmista, joista ympäröivässä kulttuurissa pitkälti vaiettiin. Lääkäriskoulutuksen saanut auttaja tarkasteli niitä luonnollisesti aikansa lääketieteen (psykiatrian ja neurologian) kontekstissa päätyen laajentamaan merkittävästi tieteenalaansa. Nykypäivän psykoterapiasta puuttuu Freudin ajan Wienin dramatiikka: saamme (halutessamme vaikka joka päivä) lukea ihmisten ”avautuvan” lehdissä ja sosiaalisessa mediassa mitä henkilökohtaisimmista asioista. Kun sodan mieleen palaavat kauheet ja työn raskaus pidettiin puoli vuosisataa sitten omana tietona, nykyään arvostetaan traumaattisten tapahtumien läpikäyntiä ja omien tunteiden tunnistamista.

Freudille psykoanalyttisessä laboratoriotilanteessa harjoitettu itsereflektio oli hoitomenetelmä. Nykyään psykoterapiassa ja sen ulkopuolella harjoitettu omien mielenliikkeiden ja toimintatendenssien sekä elämäntilanteen pohdinta on olennainen osa länsimaisen ihmisen elämää. Paikoin tällaista itsensä tiedostamista pidetään jopa älykkään ja kulttuurilain ihmisen merkinä. Arjessamme on myös enemmän reflektoitavaa kuin edeltäneillä sukupolvilla: muuttoliike on suurempaa, työ- ja parisuhteet lyhyempiä, perheet useammin niin sanottuja uusioperheitä, ja niin edelleen.

### **Lopuksi**

Psykoterapian sairaudenhoito-oletus oli 1980-lukua edeltäneessä maailmassa kohdallinen. Tämän jälkeen psykiatria on ikään kuin

”mennyt psykoterapian alta”, ja psykoterapiassa käsiteltävät asiatkin ovat normalisoituneet läntisissä yhteiskunnissa. Huomattakoon, että tämä psykoterapiaa koskeva muutos on osa laajempaa prosessia – ne psykiatriset diagnoosit, joiden perusteella tuetaan psykoterapiaa ja ohjaututaan psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmenetelmien piiriin, ovat lukuisten muidenkin yhteiskunnallisten prosessien pohjana. Mediakohun silmässä olevat kansanedustajat ovat niiden perusteella poissa työpaikaltaan, vaikeassa elämäntilanteessa olevat voivat saada niiden pohjalta tukea ja etuisuuksia, ja niin edelleen. Sairaudenhoito-oletus on vain yksi esimerkki yhteiskuntamme medikalisoituneisuudesta.

Hallinnollisten rakenteita oikaiseminen teoreettisen puhdasoppisuuden edellyttämällä tavalla on kaikkea muuta kuin yksinkertainen tehtävä: Väestö on tottunut elämän ongelmien kohdalla ottamaan yhteyttä terveyskeskukseen, lääkäriasemaan ja työterveyshuoltoon, joiden puitteissa on mahdollista tavata psykologeja, kriisiterapeutteja ja mielenterveyshoitajia (ja saada lähete psykiatrille psykoterapiaarvioon). Tällaisten resurssien poistaminen terveydenhuollon organisaatioista olisi lähinnä katastrofaallista, eikä sopivamman hallinnollisen sijainnin löytäminenkään ole helppoa.

Psykoterapian ja psykiatrian hatarilla perusteilla lepäävä symbioosi on oirekeskeisimpien psykoterapiasuuntausten etu. Muut suuntaukset joutuvat pohtimaan, olisiko strategisesti edullista pyrkiä (edelleen) sopeutumaan tilanteeseen sotamies Švejkkin viekkaudella, vai taisteltava psykoterapian medikalisointia vastaan.

Symbioosin purkautuminen ei psykiatrian ja psykoterapian kohdallakaan olisi vain etäännytmistä toisen vaikutuspiiristä. Sen myötä jouduttaisiin nimittäin kohtaamaan itsenäisyyden mukanaan tuomat uudet haasteet – jos psykoterapian hyödyllisyyttä ei arvioida lääketieteen viitekehyksen puitteissa, sitä on arvioidava jostain muusta viitekehystä käsin. Psykoterapeuttikunta uskoo voivansa auttaa asiakkaitaan kouluttamattomia kilpailijoitaan paremmin, ja sairaudenhoito-oletuksen purkautuessa psykiatrian diagnostiikan tilalle olisi

otettava muita mittareita uskomuksen perustelemiseksi.

## Viite

1. Freudilainen ajatus sairaudesta kulki toki hieman toisia polkuja kuin nykypsykiatrian sairauskäsitys: mielensisäiset ristiriidat näyttäytyvät paitsi oireissa, myös unissa ja vitsien viehätöksessä, ja tältä pohjalta ketään ei voida rajata sairauden ulkopuolelle.

*Kiitokset aiempaa versiota koskevista kommentteista: Jukka Aaltonen, Annarilla Ahtola, Henrik Enckell, Mikael Leiman, Pekka Louhiala, Mikko Myllymäki, Enikö Savander, Anja Siimes, Risto Skoglund. Kiitän myös artikkelin anonymoja arvioijia sekä sen kirjoittamisen rahoittanutta Gyllenbergin säätiötä.*

*Artikkeli hyväksytty 18.8.2018.*

## Kirjallisuus

- Bluhm, R.** (2017). Evidence-based medicine, biological psychiatry, and the role of science in medicine. Teoksessa Poland, J. & Tekin, S. (toim.), *Extraordinary science and psychiatry: Responses to the crisis in mental health research*, 37–57. Cambridge: The MIT Press.
- Bolton, D.** (2013). What is mental illness? Teoksessa Fulford, K. W. M., Davies, M., Gipps, R. G. T., Graham, G., Sadler, J. S., Stanghellini, G., Thornton, T. (toim.), *The Oxford handbook of philosophy of psychiatry*, 434–450. Oxford: Oxford University Press.
- Bolton, D.** (2017). Clinical significance, disability, and biomarkers: shifts in thinking between DSM-IV and DSM 5. Teoksessa Kendler, K. S. & Parnas, J. (toim.), *Philosophical issues in psychiatry IV: Classification of psychiatric illness*, 8–16. Oxford: Oxford University Press.
- Borsboom, D.** (2017). Mental disorders, network models, and dynamical systems. Teoksessa Kendler, K. S. & Parnas, J. (toim.), *Philosophical issues in psychiatry IV: Classification of psychiatric illness*, 80–98. Oxford: Oxford University Press.
- Chang, H.** (2017). Epistemic iteration and natural kinds: Realism and pluralism in taxonomy. Teoksessa Kendler, K. S. & Parnas, J. (toim.), *Philosophical issues in psychiatry IV: Classification of psychiatric illness*, 257–273. Oxford: Oxford University Press.
- Cozolino, L.** (2002). *The Neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain*. New York: W. W. Norton & Co.
- Duodecim** (2006). Konsensuslauselma, Psykoterapia. <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/lausuma06.pdf>
- Frances, A.** (2013a). *Saving normal. An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: HarperCollins Publishers.
- Frances, A.** (2013b). *DSM in philosophyland: Curiouser and curiouser*. Teoksessa Paris, J. & Phillips, J. (toim.), *Making the DSM-5: Concepts and controversies*, 95–103.
- Fulford, K. V. M.** (2000). Philosophy meets psychiatry in the twentieth century – Four looks back and brief looks forward. Teoksessa Loukiala, P. & Stenman, S. (toim.), *Philosophy meets medicine*, 116–134. Helsinki: Helsinki University Press.
- Fulford, K. W. M., Davies, M., Gipps, R. G. T., Graham, G., Sadler, J. S., Stanghellini, G., Thornton, T.** (toim.) (2013). *The Oxford handbook of philosophy of psychiatry*, 434–450. Oxford: Oxford University Press.
- Graham, G.** (2010). *The disordered mind: An introduction to philosophy of mind and mental illness*. London: Routledge.
- Graham, G.** (2014). *Being a mental disorder*. Teoksessa Kincaid, H. & Sullivan, J. A. (toim.), *Classifying psychopathology: Mental kinds and natural kinds*, 123–143. Cambridge: The MIT Press.
- Greenberg, G.** (2013). *The book of woe: The DSM and the unmaking of psychiatry*. New York: Blue Rider Press.
- Haslam, N.** (2014). *Natural kinds in psychiatry: conceptually implausible, empirically questionable, and stigmatizing*. Teoksessa Kincaid, H. & Sullivan, J. A. (toim.), *Classifying psychopathology: Mental kinds and natural kinds*, 11–28. Cambridge: The MIT Press.
- Helsingin sanomat** 27.7.2018. *Kun Lotta haki apua ahdistukseen, hänestä tuli vakuutusyhtiön silmissä riski vuosiksi – Jopa yksi psykologikäynti voi estää vakuutuksen saannin*. <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000005770752.html>
- Hoffman, G. A. & Zachar, P.** (2017). *RDoC's metaphysical assumptions: problems and promises*. Teoksessa Poland, J. & Tekin, S. (toim.), *Extraordinary science and psychiatry: Responses to the crisis in mental health research*, 59–86. Cambridge: The MIT Press.
- Horwitz, A. V. & Wakefield, J. C.** (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow*

into depressive disorder. Oxford: Oxford University Press.

**The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines.** World Health Organization. <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

**Keinänen, M.** (2013). Epävakaan persoonallisuuden psykososiaaliset riskitekijät. *Duodecim*, 129, 1167–1171.

**Kellert, S. H., Longino, H., Waters, C. K.** (toim.) (2006). Scientific pluralism. *Minnesota Studies in the Philosophy of Science*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

**Kendler, K. S.** (2016). The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry*, 1, 5–12.

**Kendler, K. S.** (2017). Introduction to "DSM-5.1.: Perspectives on continuous improvement in diagnostic frameworks". Teoksessa Kendler, K. S. & Parnas, J. (toim.), *Philosophical issues in psychiatry IV: Classification of psychiatric illness*, 389–391. Oxford: Oxford University Press.

**Kendler, K. S. & Parnas, J.** (toim.) (2017). Philosophical issues in psychiatry IV: Classification of psychiatric illness. Oxford: Oxford University Press.

**Kinghorn, W.** (2013). The biopolitics of defining "mental disorder". Teoksessa Paris, J. & Phillips, J. (toim.), *Making the DSM-5: Concepts and controversies*, 47–61. New York: Springer.

**Kingma, E.** (2013). Naturalistic accounts of mental disorder. Teoksessa Fulford, K. W. M., Davies, M., Gipps, R. G. T., Graham, G., Sadler, J. S., Stanghellini, G., Thornton, T. (toim.), *The Oxford handbook of philosophy of psychiatry*, 363–384. Oxford: Oxford University Press.

**Kincaid, H. & Sullivan, J. A.** (toim.) (2014). *Classifying psychopathology: Mental kinds and natural kinds*. Cambridge: The MIT Press.

**Kramer, P. D.** (1993). *Listening to Prozac*. New York: Viking.

**Maj, M.** (2016). Editorial: The need for a conceptual framework in psychiatry acknowledging complexity while avoiding defeatism. *World Psychiatry*, 1, 1–2.

**Marcum, J.** (2008). *An introductory philosophy of medicine: Humanizing modern medicine*. New York: Springer.

**May, R., Angel, E., Ellenberg, H.** (toim.) (1958). *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books.

**Paris, J. & Phillips, J.** (toim.) (2013). *Making the DSM-5: Concepts and controversies*. New York: Springer.

**Poland, J.** (2014). *Deeply rooted sources of error and*

*bias in psychiatric classification*. Teoksessa Kincaid, H. & Sullivan, J. A. (toim.), *Classifying psychopathology: Mental kinds and natural kinds*, 29–63. Cambridge: The MIT Press.

**Psykiatrian luokituskäsikirja:** Suomalaisen Tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. (2012). Terveystieteiden tutkimuskeskus. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-549-9>

**Reiss, J. & Ankeny, R. A.** (2016). "Philosophy of Medicine", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2016 Edition), Edward N. Zalta (toim.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/sum2016/entries/medicine/>>

**Sadler, J. Z.** (2009). *Values and psychiatric diagnosis*. Oxford: Oxford University Press.

**Shorter, E.** (2013). *The History of DSM*. Teoksessa Paris, J. & Phillips, J. (toim.), *Making the DSM-5: Concepts and controversies*, 3–19. New York: Springer.

**Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö,** Mielenterveys- ja päihdepalvelujaos (2018) *Psykoterapia ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa*. Perustelumuistio-luonnos. <https://d2htbfmhc6rwjj.cloudfront.net/attachments/5/1/8/967cd826c437ab89f524f68e8320c.pdf>

**Spitzer, T. L.** (2007). Foreword. Teoksessa Horwitz, A. V. & Wakefield, J. C. (toim.), *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*, i–x. Oxford: Oxford University Press.

**Stein, D. J.** (2008). *Philosophy of psychopharmacology*. Cambridge: Cambridge University Press.

**Tabb, K. & Schaffner, K. F.** (2017). Causal pathways, random walks, and tortuous paths: moving from descriptive to the etiological psychiatry. Teoksessa Kendler, K. S. & Parnas, J. (toim.), *Philosophical issues in psychiatry IV: Classification of psychiatric illness*, 343–360. Oxford: Oxford University Press.

**Talvitie, V.** (2015). *Arkipsykologiasta aivotutkimukseen: kysymyksiä psykologian filosofiasta*. Helsinki: Basam Books.

**Tyrer, P.** (2014). A comparison of DSM and ICD classifications of mental disorder. *Advances in psychiatric treatment*, 20, 280–285. [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/625C40990677716E8C92AF0A6374F896/S1355514600011767a.pdf/comparison\\_of\\_dsm\\_and\\_icd\\_classifications\\_of\\_mental\\_disorder.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/625C40990677716E8C92AF0A6374F896/S1355514600011767a.pdf/comparison_of_dsm_and_icd_classifications_of_mental_disorder.pdf)

**Valkonen, J.** (2007). *Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 77*. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

**Wampold, B. E. & Imel, Z. E.** (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Toimen painos. New York: Routledge.

**Whitaker, R. & Cosgrove, L.** (2015). *Psychiatry under the influence: Institutional corruption, social injury, and prescriptions for reform*. New York: Palgrave.

**Zachar, P.** (2014). Beyond natural kinds: toward a "relevant" "scientific" taxonomy in psychiatry. Teoksessa Kincaid, H. & Sullivan, J. A. (toim.), *Classifying psychopathology: Mental kinds and natural kinds*, 75–104. Cambridge: The MIT Press.

**Zachar, P.** (2017). Epistemic iteration or paradigm shift: the case of personality disorder. Teoksessa Kendler, K. S. & Parnas, J. (toim.), *Philosophical issues in psychiatry IV: Classification of psychiatric illness*, 287–302. Oxford: Oxford University Press.